**Gluteus tendinopathie**

Key-points

* Denk bij een sporter met pijn rond het trochanter major als eerst aan een gluteus tendinopathie: een bursitis trochanterica komt zelden voor en is meestal secundair aan een tendinopathie.
* De diagnose wordt gesteld op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek; aanvullend beeldvormend onderzoek is meestal niet nodig.
* De behandeling is primair conservatief met versterkende oefeningen, gedoseerde opbouw van belasting en eventueel shockwave. Injecties met corticosteroïden dienen NIET toegepast te worden.

Achtergrond

Gluteus tendinopathie is een overbelastingsblessure van de m. gluteus medius en/of minimus pezen die insereren op de proximale posterieure zijde van het femur en is de meest voorkomende oorzaak van pijnklachten rond het trochanter major. De m. gluteus medius en minimus behoren tot het abductor mechanisme van het heupgewricht en hebben een belangrijke rol in de stabilisatie van de heupkop in het acetabulum tijdens bewegen. Bij klachten rond het trochanter major (verzamelnaam ‘trochantair pijnsyndroom’) wordt in de praktijk vaak als eerste gedacht aan een bursitis trochanterica: dit blijkt echter zelden voor te komen en is meestal een secundair probleem aan een tendinopathie.

Work-up

De diagnose kan meestal gesteld worden op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek. Patiënten benoemen de typerende tendinose symptomen rond het trochanter major: pijn tijdens en vooral na belastende activiteiten, startpijn en -stijfheid. Op de zij liggen/slapen provoceert vaak klachten door lokale druk. Palpatie van de insertie van de gluteaal spieren aan de posterieure zijde van het trochanter major provoceert herkenbare pijn. Aanvullend beeldvormend onderzoek is in de regel niet nodig voor het stellen van de diagnose, maar geïndiceerd voor het uitsluiten van andere pathologie zoals coxarthrose of avulsiefracturen. Indien er twijfel over de diagnose bestaat kan echografie of MRI onderzoek verricht worden. In de differentiaal diagnose van laterale heupklachten staan een gluteus peesruptuur, verdikking/tendinopathie van de iliotibiale band en een primaire bursitis trochanterica. Bij de (weinig voorkomende) primaire bursitis trochanterica staat zwelling en lokale drukpijn meer op de voorgrond dan beweging gerelateerde klachten.

Behandeling

In de praktijk worden zeer veel verschillende behandelmethoden bij gluteus tendinopathie toegepast waar goede wetenschappelijke evidentie voor ontbreekt. We zullen ons hieronder beperken tot de best bewezen en meest gebruikte behandelmethoden.

*Injectie met corticosteroïden: NIET DOEN!*

Corticosteroïd injecties worden in de praktijk veelvuldig gebruikt bij de behandeling van tendinopathie aandoeningen, zekerbij gluteus tendinopathie waarbij onterecht vaak gedacht wordt aan een bursitis. Ze hebben een positief effect op pijnklachten op de korte termijn, maar niet op de midden- tot lange termijn. Daarnaast blijkt uit goed uitgevoerd wetenschappelijk onderzoek steeds duidelijker dat corticosteroïden een negatief effect hebben op pees- en collageenweefsel op de midden- tot lange termijn. Wij raden het gebruik hiervan bij gluteus tendinopathie dan ook af. Bij de (weinig voorkomende) primaire bursitis trochanterica worden corticosteroïden injecties nog veelvuldig toegepast met goede resultaten op de korte termijn.

*Oefenprogramma*

De basis van de behandeling is een opbouwend trainingsprogramma gericht op het versterken en belastbaarder maken van de heup- en bekkenstabilisatoren, waaronder de gluteaal spieren. Patiënten kunnen beginnen met een dagelijks thuisoefenprogramma met core-stability oefeningen [(video link)](https://www.sportzorg.nl/oefeningen/core-stabilityoefeningen-rompstabiliteit) en heupabductie krachtoefeningen in zijligging of tegen weerstand met een theraband, gevolgd door een adequaat gedoseerde opbouw van de sportbelasting. Bij ernstige klachten of bij onvoldoende verbetering met het thuisoefenprogramma is verwijzing naar een (sport)fysiotherapeut voor een uitgebreider revalidatieprogramma geïndiceerd. We adviseren een gedoseerde opbouw van coördinatie- en krachttraining voor romp-, bekken-, heup- en bovenbeenspieren. Progressie door het programma wordt gestuurd op basis van voortgang in klachten en functie, niet op basis van tijdcriteria. Daarnaast adviseren we een algemeen trainingsprogramma om een goede belastbaarheid in de rest van de kinetische keten te waarborgen. De tijd tot herstel varieert sterk: van enkele weken tot maanden, afhankelijk van de ernst en duur van klachten en de respons op het oefenprogramma.

*Shockwave*

Indien er na drie maanden oefenprogramma en gedoseerde opbouw van activiteiten onvoldoende verbetering is opgetreden kan behandeling met shockwave overwogen worden. Zowel gefocuste (hoogenergetische) als radiaire (laag energetische) shockwave kan toegepast worden: er is geen bewezen superioriteit van één van de methoden over de andere.

*Operatief*

Omdat er zeer matige bewijsvoering is voor de effectiviteit adviseren we zeer terughoudend te zijn met operatieve interventies bij gluteus tendinopathie: dit dient gereserveerd te worden bij chronische therapieresistente gevallen. Bij de operaties wordt middels een open of arthroscopische procedure het beschadigde peesweefsel verwijderd. Bij een chronische therapieresistente bursitis trochanterica wordt wel eens een release van de tractus iliotibialis verricht ter plaatse van het trochanter major.

Nabehandeling / sporthervatting

Als de klachten met of zonder bovenstaande behandelingen dusdanig afgenomen zijn dat sportactiviteiten hervat kunnen worden, is het met name van belang de sportbelasting in duur en intensiteit gedoseerd op te bouwen op geleide van de reactie van de laterale heupklachten op de belasting.

Literatuur

* [Dean et al. The risks and benefits of glucocorticoid treatment for tendinopathy: a systematic review of the effects of local glucocorticoid ontendon. Semin Arthritis Rheum 2014;43:570-576](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24074644)
* [Grimaldi et al. Gluteal Tendinopathy: A Review of Mechanisms, Assessment and Management. Sports Med 2015;45:1107-1119](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25969366)
* [Long et al. Sonography of greater trochanteric pain syndrome and the rarity of primary bursitis. AJR Am J Roentgenol 2013;201:1083-1086](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24147479)
* [Mulligan et al. Evaluation and management of greater trochanter pain syndrome. Phys Ther Sport 2015;16:205-214](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25497431)